

平成27年度 介護福祉士実習指導者講習会（実習施設・事業等Ⅱ対象）

主催：社団法人日本介護福祉士会高知県支部（高知県介護福祉士会）

趣 旨 平成19年12月、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律の公布に伴い、介護福祉士養成カリキュラムの「介護実習」については、実習基準の見直しが図られ、以下の区分（「実習施設・事業等Ⅰ」又は「実習施設・事業等Ⅱ」）に基づき実習が行われています。

それに伴い、実習指導者の資格要件についても見直しが行われ、実習施設・事業等Ⅱでは、介護福祉士として3年以上実務に従事した経験があり、かつ、厚生労働大臣が別に定める研修課程を修了した者とされています。

本講習会は、上記実習施設・事業等Ⅱの指導者資格として必要とされる「厚生労働大臣が別に定める研修課程」であり、実習指導における指導方法等について必要な知識と技術を習得することを目的として開催します。

区分	実習目的	実習指導者の要件
実習施設・事業等Ⅰ	利用者の生活の場である多様な介護現場において、利用者の理解を中心とし、これに併せて利用者・家族との関わりを通じたコミュニケーションの実践、多職種協働の実践、介護技術の確認等を行うことに重点を置いた「実習施設・事業等（Ⅰ）」 【施設・事業所要件】 介護保険法その他の関係法令に基づく職員の配置に係る要件を満たすものであること	介護福祉士の資格を有する者又は<u>3年以上</u>介護業務に従事した経験のある者
実習施設・事業等Ⅱ	一つの施設・事業等において一定期間以上継続して実習を行う中で、利用者ごとの介護計画の作成、実施後の評価やこれを踏まえた計画の修正といった一連の介護過程のすべてを継続的に実践することに重点を置いた「実習施設・事業等（Ⅱ）」 【施設・事業所要件】 ・実習指導マニュアルを整備し、実習指導者を核とした実習指導体制を確保できるよう常勤の介護職員に占める介護福祉士の比率が3割以上であること。 ・介護サービスの提供のためのマニュアル等が整備され、活用されていること。 ・介護過程に関する諸記録（介護サービスの提供に先立って行われる利用者のアセスメントに係る記録、実際に提供された介護サービスの内容及びその評価に係る記録等）が適切に整備されていること。 ・介護職員に対する教育、研修等が計画的に実施されていること。	介護福祉士として<u>3年以上</u>実務に従事した経験があり、<u>かつ</u>、厚生労働大臣が別に定める<u>研修課程（介護福祉士養成実習施設・事業等実習指導者研修課程）を修了</u>した者その他その者に準ずる者として厚生労働大臣が別に定める者

日 時	第1日目 平成27年11月4日(水) 10:00～17:30 (受付 9:30～)
	第2日目 平成27年11月5日(木) 10:00～17:00 (受付 9:30～)
	第3日目 平成27年12月2日(水) 9:30～17:30 (受付 9:00～)
	第4日目 平成27年12月3日(木) 9:30～16:00 (受付 9:00～)

会 場 高知県立ふくし交流プラザ
(高知市朝倉戊375-1)

日 程 別添プログラムのとおり

参加対象 介護福祉士として3年以上実務に従事した経験があり、実習施設において実習指導者となる(予定の)者及び現に実習指導を行っている者
※社会福祉法人全国社会福祉協議会中央福祉学院が主催する「介護福祉士養成実習施設実習指導者特別研修会」と同内容の研修となっておりますので、既に受講されている方は、受講の必要はありません。

定 員 40名
※申込多数の場合は、参加申込書に記載された推薦順位に基づき受講者を選考させていただきますのでご了承ください。また、本会の正会員、ならびに介護福祉士養成校の実習指導者を優先させていただきます。

参加費 正会員 20,000円
※当日入会手続きができます。(入会金・年会費 合計 11,000円。介護福祉士登録証コピー、銀行印をお持ちください。)
会員外 31,000円
※途中で研修を欠席された場合も、参加費の返金は致しかねますのでご了承ください。

参加申込 別紙「参加申込書」により、平成27年10月14日(水)までに(必着)、郵送またはFAXにより本会事務局までお申し込みください。なお、受講決定については、10月23日(金)までに各施設・事業所あてにお知らせします。なお、受講決定後の受講者の変更は、原則として認めません。

そ の 他 ①4日間の全課程を修了した方に、修了証を発行いたします(原則として、次年度にわたっての受講を認めません。遅刻・早退があった場合、やむを得ない理由を除き、修了証を発行できない場合があります。)。
②参加申込書に記載された個人情報は、本講習会の運営のみに使用します。
③昼食は各自でご準備ください。昼食弁当を希望される場合は、ふくし交流プラザ1階「アクア」(TEL 088-840-7004)に、直接お申し込みください。

〈お問い合わせ・お申し込み先〉
高知県介護福祉士会事務局(担当:土居)
〒780-8567 高知市朝倉戊375-1 高知県社会福祉協議会内
Tel 088-844-4611 Fax 088-844-9443
E-mail ccw@kaigo-kochi.jp

平成27年度 介護福祉士実習指導者講習会プログラム

第1日目 [11月4日(水)]

時間	科目	講 師
9:30～	受付	
10:00～	介護の基本 【講義2時間】	特別養護老人ホーム 土佐清風園 介護支援専門員 土居 沙織
12:00～	昼食休憩	
13:00～	実習指導の理論と実際 【講義2時間、演習2.5時間】	高知福祉専門学校 森田 裕之
17:30	終了	

第2日目 [11月5日(木)]

時間	科目	講 師
10:00～ 17:00	介護過程の理論と指導方法 【講義2時間、演習4時間】 (昼食休憩1時間含む)	平成福祉専門学校 教務主任 福井 華世
17:00	終了	

第3日目 [12月2日(水)]

時間	科目	講 師
9:30～ 17:30	スーパービジョンの意義と活用及び学生理解 【講義2時間、演習5時間】 (昼食休憩1時間含む)	高知県介護福祉士会 会長 佐井 健二
17:30	終了	

第4日目 [12月3日(木)]

時間	科目	講 師
9:30～	実習指導の方法と展開・実習指導における課題への対応 【講義1時間、演習3.5時間】 (昼食休憩1時間含む)	特別養護老人ホーム 土佐清風園 介護支援専門員 土居 沙織
15:00～	実習指導者に対する期待 【講義1時間】	特別養護老人ホーム はるの若菜荘 介護主任 白岩 智子
16:00	終了	

平成 2 7 年度 介護福祉士実習指導者講習会 参 加 申 込 書

施設名 _____

代表者職・氏名 _____ (印)

住 所 _____

電 話 _____

F A X _____

下記のとおり参加を申し込みます。

優先 順位	ふ り が な 氏 名	性別	役職名	会員・会員外	介護福祉士登録年月日 介護福祉士実務経験
1	平成 生年月日：昭和 年 月 日			正会員・会員外 □入会希望	昭和・平成 年 月 日 実務経験 [年 ヶ月]
	介護福祉士養成校の介護実習の実習指導者として、 (・現に従事している ・今後従事する予定 ・予定なし) ※いずれかに○を記入ください				
2	平成 生年月日：昭和 年 月 日			正会員・会員外 □入会希望	昭和・平成 年 月 日 実務経験 [年 ヶ月]
	介護福祉士養成校の介護実習の実習指導者として、 (・現に従事している ・今後従事する予定 ・予定なし) ※いずれかに○を記入ください				

貴施設で、平成 2 7 年 1 0 月 1 5 日現在で、社会福祉法人全国社会福祉協議会中央福祉学院が主催する「介護福祉士養成実習施設実習指導者特別研修会」を修了した者の人数	名
---	---

【注意事項】

※「正会員・会員外」欄は、社団法人日本介護福祉士会（高知県介護福祉士会）の会員又は会員外についてご記入ください（いずれかに○を記入ください）。なお、会員外の方で、入会を希望される場合は、入会希望の□にチェックを記入ください。

※介護福祉士実務経験は、平成 2 7 年 1 0 月 3 1 日現在の介護福祉士としての通算の実務経験（見込）を記入ください。

※申込多数の場合は、参加申込書に記載された推薦順位に基づき受講者を選考させていただきますのでご了承ください。

※参加申込書に記載された個人情報、研修会の運営管理のみに利用させていただきます。なお、氏名、グループ番号を記載したグループ分け表を入口付近に掲示することがあります。

■■■ 申し込み締切り 平成 2 7 年 1 0 月 1 4 日（水）必着 ■■■